

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - DPAE

1 L'EMPLOYEUR

Téléphone E-mail

N° SIRET ou MSA Code NAF (APE)

Nom Prénom ou Raison sociale

Adresse

Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente

2 LE SALARIÉ

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénoms

N° de Sécurité Sociale Clé Sexe : M F

Date de naissance Jour Mois Année Lieu de naissance Dépt. commune

Adresse Numéro Bis Ter Nat. Voie Nom de voie

code postal Ville

3 L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE Jour Mois Année à Heures Minutes

Secteur d'activité professionnelle niveau ou coefficient hiérarchique

Convention collective applicable au salarié

Emploi occupé

Durée du travail Hebdo. ou Mensuelle ou Annuelle Si forfait jours (jours) Si temps partiel %

Nature du contrat CDI CDD motif de recours du CDD : CDD à objet défini si CDD, durée (en jours)

Date de fin du précédent CDD Durée de la période d'essai (en jours)

Type de contrat particulier Lequel

Salaires mensuel brut à l'embauche €

Si lieu de travail différent de l'établissement A préciser Dépt. commune et

► Le salarié (1) :			
● est cadre ou assimilé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	● est rémunéré exclusivement en nature	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
● je le déclare à AGRICA Retraite AGIRC	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	● est domicilié fiscalement à l'étranger	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- dans la catégorie art 4 ou 4 bis	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	● est saisonnier	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- dans la catégorie art 36	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES : travailleur occasionnel demandeur d'emploi

4 SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le salarié a-t-il été déclaré apte dans un emploi similaire et chez le même employeur au cours des 24 derniers mois ? Oui Non

Le salarié a-t-il été déclaré apte chez un autre employeur dans un emploi similaire au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Le salarié a-t-il un handicap reconnu ? Oui Non

S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ? Oui Non

Si oui, le salarié a-t-il été déclaré apte pour un emploi équivalent ces 24 derniers mois ? Oui Non

Conditions de travail prévues à l'embauche

● bruit Oui Non

● vibrations Oui Non

● agents biologiques Oui Non

● travail de nuit Oui Non

● produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques Oui Non

Autre risque précisez

Le

Signature

9745 C D / 12 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - DPAE

1 L'EMPLOYEUR

Téléphone	E-mail
N° SIRET OU MSA	
Code NAF (APE)	
Nom Prénom ou Raison sociale	
Adresse	
Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente <input type="checkbox"/>	

2 LE SALARIÉ

Nom de naissance					
Nom d'usage					
Prénoms					
N° de Sécurité Sociale					
Date de naissance					
Adresse					
Clé					
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
Jour	Mois	Année	Lieu de naissance	Dépt	commune
Numéro	Bis Ter	Nat. Voie	Nom de voie		
code postal	Ville				

3 L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

Secteur d'activité professionnelle	DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE					
	Jour	Mois	Année	à	Heures	Minutes
Convention collective applicable au salarié	niveau ou coefficient hiérarchique					
Emploi occupé						
Durée du travail	Hebdo (heures)	ou	Mensuelle (heures)	ou	Annuelle (heures)	Si forfait jours (jours)
Nature du contrat	CDI <input type="checkbox"/>	CDD <input type="checkbox"/>	motif de recours du CDD :		CDD à objet défini <input type="checkbox"/>	si CDD, durée (en jours)
Date de fin du précédent CDD						Durée de la période d'essai (en jours)
Type de contrat particulier <input type="checkbox"/>	Lequel					
Salaire mensuel brut à l'embauche					€	
Le salarié (1) : • est cadre ou assimilé • je le déclare à AGRICA Retraite AGIRC - dans la catégorie art 4 ou 4 bis - dans la catégorie art 36	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES : travailleur occasionnel <input type="checkbox"/>			A préciser Si lieu de travail différent de l'établissement Dépt et commune			
			• est rémunéré exclusivement en nature • est domicilié fiscalement à l'étranger • est saisonnier			
				demandeur d'emploi <input type="checkbox"/>		

4 SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le salarié a-t-il été déclaré apte dans un emploi similaire et chez le même employeur au cours des 24 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
Le salarié a-t-il été déclaré apte chez un autre employeur dans un emploi similaire au cours des 12 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
Le salarié a-t-il un handicap reconnu ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
Si oui, le salarié a-t-il été déclaré apte pour un emploi équivalent ces 24 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
Conditions de travail prévues à l'embauche • bruit • vibrations • agents biologiques • travail de nuit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
• produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques Autre risque précisez	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												

Le

Signature

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - DPAE

1 L'EMPLOYEUR

Téléphone	E-mail
N° SIRET OU MSA	Code NAF (APE)
Nom Prénom ou Raison sociale	
Adresse	
Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente <input type="checkbox"/>	

2 LE SALARIÉ

Nom de naissance											
Nom d'usage											
Prénoms											
N° de Sécurité Sociale					Clé	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
Date de naissance	Jour	Mois	Année		Lieu de naissance	Dépt	commune				
Adresse	Numéro	Bis Ter	Nat. Voie	Nom de voie							
	code postal		Ville								

3 L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

Secteur d'activité professionnelle	DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE					Jour	Mois	Année	à	Heures	Minutes
	niveau ou coefficient hiérarchique										
Convention collective applicable au salarié											
Emploi occupé											
Durée du travail	Hebdo.	ou	Mensuelle	ou	Annuelle	Si forfait jours		Si temps partiel		%	
	(heures)		(heures)		(heures)	(jours)					
Nature du contrat	CDI <input type="checkbox"/>	CDD <input type="checkbox"/>	motif de recours du CDD :		CDD à objet défini <input type="checkbox"/>		si CDD, durée (en jours)				
Date de fin du précédent CDD						Durée de la période d'essai (en jours)					
Type de contrat particulier <input type="checkbox"/>	Lequel										
Salaire mensuel brut à l'embauche			€		A préciser						
	Si lieu de travail différent de l'établissement				Dépt	commune		et			
<p>► Le salarié (1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> est cadre ou assimilé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> je le déclare à AGRICA Retraite AGIRC Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> dans la catégorie art 4 ou 4 bis Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> dans la catégorie art 36 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 											
<ul style="list-style-type: none"> est rémunéré exclusivement en nature Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> est domicilié fiscalement à l'étranger Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> est saisonnier Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 											
DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES :						travailleur occasionnel <input type="checkbox"/>			demandeur d'emploi <input type="checkbox"/>		

4 SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le salarié a-t-il été déclaré apte dans un emploi similaire et chez le même employeur au cours des 24 derniers mois ? Oui Non
 Le salarié a-t-il été déclaré apte chez un autre employeur dans un emploi similaire au cours des 12 derniers mois ? Oui Non
 Le salarié a-t-il un handicap reconnu ? Oui Non
 S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ? Oui Non
 Si oui, le salarié a-t-il été déclaré apte pour un emploi équivalent ces 24 derniers mois ? Oui Non

Conditions de travail prévues à l'embauche

<ul style="list-style-type: none"> bruit Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> vibrations Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> agents biologiques Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> travail de nuit Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre risque précisez	

Le

Signature

9745 C D / 12 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.